Über

Abscesse im sogenannten Cavum Retzii.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 16. März 1894

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Gottfried Leibold

aus Cleve.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. P. Derlin.
- Cand. med. H. Kanike, gen. Knicke.
- Dd. med. M. Dieckhoff.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0101

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Der Stockholmer Anatom Adolf Retzius lenkte zuerst im Jahre 1856 durch die Veröffentlichung seiner Untersuchungen die Aufmerksamkeit der medicinischen Welt auf eine bis dahin in anatomischer wie klinischer Hinsicht wenig gekannte und beachtete Region des menschlichen Körpers: auf jenen Teil der vorderen Bauchwand, der unmittelbar über der Symphyse und vor der Harnblase gelegen ist. Er beschrieb einen von lockerem Bindegewebe ausgefüllten Raum, dessen vordere Begrenzung die geraden Bauchmuskeln und weiter abwärts die Symphyse sei, dessen Rückwand vom Peritoneum, zusammen mit der Fascia transversalis und dem hinteren Blatt der Rectusscheide, gebildet würde und dessen seitliche Grenzen die beiden Plicae semilunares Douglasii wären. In gefülltem Zustande solle sich die Blase — so nahm Retzius wenigstens an — von hinten und unten her in diesen Raum gleichsam hineinstülpen, und der letztere somit eine Art Reservoir für die erstere darstellen.

Der schwedische Anatom gab die Resultate seiner Untersuchungen wieder, ohne zu wissen, dass dieselben voller Irrtümer waren; erst der neuesten Zeit sollte es vorbehalten sein, Klarheit in diese Verhältnisse zu bringen.

Die damaligen deutschen Anatomen Henle und Hyrtl acceptierten die Retzius'schen Angaben, ohne selber irgendwie durch anatomische Controlversuche die Richtigkeit derselben zu prüfen. Hyrtl bezeichnete überhaupt jede weitere Erörterung über diesen Gegenstand in seiner charakteristischen Ausdrucksweise als eine Ilias post Homerum; seine Worte: „Alle Entdeckungen meines gelehrten Freundes Retzius haben einen unbestrittenen, bleibenden Platz in der Wissenschaft eingenommen und ein solcher Platz wird auch dem Cavum praeperitoneale Retzii und der Porta vesicae angewiesen

sein“ bezeugen wohl zur Genüge, mit wie grossem, aber einseitigem Eifer Hyrtl für die vermeintliche unbedingte Richtigkeit der Retzius'schen Forschungen eintrat.

Durch die eben erwähnte Notiz, welche Hyrtl in den Schriften der Kaiserlichen Academie der Wissenschaften in Wien veröffentlichte, gab derselbe zugleich den neugemachten Entdeckungen ihren Namen und vermehrte auf diese Weise, wie er selber zugestand, den Wortschatz der Anatomie um zwei pittoreske Ausdrücke: Cavum Retzii und Porta vesicae. Unter dem „Thor der Harnblase“ verstand Hyrtl übrigens die Vereinigung der beiden halbmondförmigen Douglas'schen Falten, die allerdings der Wölbung eines Thores nicht unähnlich sieht. Ob aber der genannte Autor recht daran that, die eben erwähnten Namen in die medicinische Wissenschaft einzuführen, werden wir weiterhin bei der Schilderung der anatomischen Verhältnisse der prävesicalen Gegend sehen.

Von Petersburg aus erfolgte zuerst und zwar von einem Deutschen, Wenzel Gruber[1]), im Jahre 1862 auf Grund selbständig ausgeführter Untersuchungen eine Bestätigung der Retzius'schen Entdeckung, jedoch gelangte dieser Autor zu keinem richtigeren Ergebnisse. Er betonte nur im Anschluss an zwei selbstbeobachtete Fälle von anscheinend primär entstandenem Abscess im Cavum Retzii die Wichtigkeit der entzündlichen Affectionen dieses Raumes.

In Deutschland und ebenso in England beschränkte man sich also, wie wir oben gesehen haben, im wesentlichen auf eine blosse Annahme der Angaben des schwedischen Anatomen: man controlierte weder durch Untersuchungen die letzteren, noch beschrieb man irgendwelche pathologischen Erscheinungen jener Gegend der Bauchwand. Erst um die Mitte der achtziger Jahre tauchen die ersten Mitteilungen über das sogenannte Cavum Retzii in der Litteratur auf; Leusser, Pinner, Roser, Koch u. A. lieferten mehr oder weniger eingehende Arbeiten über die pathologischen Affectionen, insonderheit Abscesse, des Cavum Retzii und auch die chirurgischen Lehrbücher wie v. Bardeleben, König u. A.

---

[1]) Gruber in Virchow-Archiv 1862, Band 24.

begannen gleichfalls den prävesicalen Erkrankungen eine entsprechende Beachtung zu schenken.

Ein regeres Interesse brachten von vornherein die Franzosen dem Studium des sog. Cavum Retzii und seiner pathologischen Erscheinungen entgegen. Doch muss constatiert werden, dass auch in Frankreich 15 Jahre seit dem Bekanntwerden der Retzius'schen Untersuchungen verstrichen, bevor die ersten Arbeiten über diesen Gegenstand, im Anfang der siebziger Jahre, veröffentlicht wurden. Indessen betrafen dieselben fast nur die pathologischen Affectionen, insbesondere die Phlegmonen der prävesicalen Gegend, während nach wie vor die anatomischen Verhältnisse der letzteren im Dunkeln blieben.

Obwohl nun in den letzten Jahren erst das sogenannte Cavum Retzii oder, richtiger gesagt, die prävesicale Gegend mit ihren verschiedenen Erkrankungsformen in den Vordergrund des Interesses gerückt ist, so ist doch bereits die Zahl der Arbeiten über diesen Gegenstand eine recht stattliche: von Autoren jeglicher Nationalität sind vornehmlich die phlegmonösen Processe, die sich naturgemäss am häufigsten in den lockeren Bindegewebslagen jener Region abspielen, sorgfältig beobachtet und in der Litteratur unter dem Namen „Abscesse im Cavum Retzii" eingehend beschrieben worden. In all' diesen Mitteilungen macht sich aber mehr oder weniger eine gewisse Unklarheit und Verworrenheit hinsichtlich der anatomischen Verhältnisse bemerkbar, und gerade diese Unsicherheit bezüglich der Anatomie jenes Teiles der vorderen Bauchwand macht es erklärlich, dass die Ansichten der Beobachter, nach jeder Richtung hin, sich so oft einander auf's schärfste gegenüberstehen.

„L'anatomiste suédois a décrit une cavité qui n'existe pas et n'a pas vu celle qui existe", diese Worte Charpy's geben kurz, aber treffend den Grund an, welcher die Unklarheit hinsichtlich der anatomischen Beschaffenheit der prävesicalen Gegend verschuldete und damit auch das Verständnis für die pathologischen Affectionen jener Region in hohem Maasse beeinträchtigte. Doch ist meiner Ansicht nach nicht so sehr Retzius selber dafür verant-

wortlich zu machen als vielmehr Hyrtl, der die Bezeichnung Cavum Retzii durch jene oben erwähnte Notiz in die Wissenschaft einführte. Roser[2]) war der erste, welcher in seinem „Mythus vom Cavum Retzii“ gegen die herrschenden Ansichten zu Felde zog, nachdem seine eigenen Untersuchungen und diejenigen deutscher und französischer Autoren ergeben hatten, dass an der in Frage stehenden Stelle ein „Cavum“ gar nicht existiere, sondern dass man es hier nur mit einem sehr stark entwickelten, saftreichen, grossmaschigen Bindegewebe zu thun habe. „Es war ein unglückliches Wort von Hyrtl“, so ungefähr sagt Roser, „dass er das lockere Bindegewebe zwischen der Symphysisgegend und der Harnblase als Cavum Retzii bezeichnete. Den jungen Medicinern wurde dadurch eine falsche Vorstellung von einem umschriebenen Hohlraum erweckt, der doch nicht vorhanden ist; dabei wurde das Gedächtnis beschwert mit einem neuen Namen, der mir völlig unnötig erscheint. Weder bei der anatomischen Untersuchung noch bei Operationen, z. B. der Sectio alta, noch bei der Beobachtung des Abscessverlaufes habe ich diese Unterscheidung eines besonderen Cavum berechtigt gefunden. Der Raum ist nach oben hin nicht abgeschlossen und ebenso ist nach den Seiten hin kein Abschluss vorhanden.“ Übrigens hatte vor Roser schon Luschka auf Grund der Ergebnisse seiner Untersuchungen dem Hyrtl'schen Ilias post Homerum das klassische Quandoque bonus dormitat Homerus entgegengesetzt.

A. von Bardeleben spricht sich in seinem Lehrbuch der Chirurgie über den in Frage stehenden Gegenstand folgendermassen aus: „Die vordere Fläche der Blase entbehrt des Bauchfellüberzuges gänzlich. Dicht hinter und über der Symphyse wird sie durch eine mächtige Schicht sehr dehnbaren Bindegewebes mit der vorderen Bauchwand verbunden. Die Dehnbarkeit dieses Bindegewebes gestattet der Blase, sich bei grösserer Ausdehnung hoch über die Symphyse zu erheben. Weiter abwärts tritt an die Stelle dieses losen Bindegewebes festes fibröses Gewebe, welches unter dem Namen der Ligamenta pubo-vesicalia beschrieben wird.“

---

[2]) Roser, Centralblatt für Chirurgie 1886, No. 39.

Wie schon oben erwähnt, datieren die anatomischen Controluntersuchungen der prävesicalen Gegend — abgesehen von den Gruber'schen Arbeiten im Jahre 1862 — erst seit Anfang der achtziger Jahre; von dieser Zeit an widmeten sich sowohl französische Forscher, wie Gérardin, Bouilly, Pauzat, Charpy u. A., als auch deutsche, wie Henke, Leusser, Pinner und Roser mit Eifer dem genaueren Studium des sogenannten Cavum Retzii. Doch alle diese Autoren gelangten zu wesentlich untereinander verschiedenen Resultaten, und zwar hatte dies einzig und allein seinen Grund in der Ausführung der Untersuchungen selber. Denn ausser der Präparation bedienten sich die genannten Autoren auch der Injectionsmethode, dadurch, dass sie dünnflüssigen Gypsbrei oder farbige Leimmassen in die prävesicale Gegend der vorderen Bauchwand einspritzten. Nach dieser Beziehung hin ist aber die Injectionsmethode eine zweischneidige Waffe. Auch bei ganz niederem Druck dringt die injicierte Masse durch dünne, fibröse Scheidewände hindurch oder drängt fibröse Platten auseinander, die normaler Weise einander anliegen, und täuscht auf diese Art einen Hohlraum an einer Stelle vor, an der sich nur eine Bindegewebslage befindet. Aus diesem Grunde ist es leicht verständlich, dass die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen, je nach der Art der Ausführung der letzteren, wesentlich von einander abweichende sein mussten.

Vor etwa Jahresfrist nun hat es der französische Autor Drappier unternommen, in einer sorgfältig ausgeführten und durch entsprechende Abbildungen erläuterten Arbeit, betitelt „Contribution à l'étude du plancher pelvien et de la cavité prévésicale", die von den verschiedenen Untersuchern bezüglich des sogenannten Cavum Retzii gewonnenen Resultate zusammenzustellen und dieselben an der Hand der Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen auf ihre Richtigkeit hin zu prüfen; im Anschluss daran entrollt der genannte Autor das von ihm selber gefundene Bild der anatomischen Verhältnisse der prävesicalen Gegend. Meiner Ansicht nach scheint diese Arbeit Drappier's berufen zu sein, endlich einmal volle Klarheit über das Cavum Retzii zu bringen.

Bei der Ausführung seiner Nachforschungen verwarf

Drappier die Injectionsmethode vollständig, dagegen untersuchte er an gefrorenen Leichen und gelangte dabei zu folgenden Befunden.

Unmittelbar hinter dem Musculus rectus abdominis, zwischen dem Muskel selber und seinem hinteren Scheidenblatt, befindet sich ein mit lockerem Bindegewebe ausgefüllter Raum, das sogenannte Cavum suprapubicum von Leusser, l'Espace suspubien von Pauzat oder l'Espace rétromusculaire von Charpy. Die Existenz dieses retromusculären Raumes steht ausser Zweifel. Derselbe verdankt seine Entstehung der Thatsache, dass der Muskelbauch des Rectus abdominis sich an der vorderen Fläche der Symphyse inseriert, während das hintere Scheidenblatt dieses Muskels — unterhalb der Lineae semicirculares Douglasii bekanntlich nur von der Fascia transversalis gebildet — sich an die hintere Fläche der Schamfuge ansetzt. Muskel und hinteres Scheidenblatt entfernen sich also in ihrem Verlaufe um so mehr von einander, je näher sie der Symphyse kommen, und aus diesem Grunde muss naturgemäss der retromusculäre Raum auf einem durch die Medianlinie geführten Sagittalschnitt die Form eines Dreieckes aufweisen, dessen Spitze unterhalb des Nabels liegt, während die Basis von der Breite der Schamfuge gebildet wird. Bemerkenswert ist, dass die fibröse Linea alba den dreieckigen retromusculären Raum in eine rechte und linke Hälfte teilt.

Einen prämusculären Raum, wie Charpy einen solchen annahm, giebt es nach Drappier nicht; zwischen dem M. rectus abdominis und seinem vorderen Scheidenblatt befindet sich nur eine äusserst dünne Schicht lockeren Bindegewebes.

Bei der nun folgenden genaueren Untersuchung der unmittelbar prävesical gelegenen Gegend, also des sog. Cavum Retzii, ging Drappier folgendermassen vor: er löste behutsam an dem Becken eines Erwachsenen das ganze linke Hüftbein aus der Articulatio sacro-iliaca und der Symphysis, präparierte sorgfältig die innen anliegenden Weichteile ab und explorierte dann digital.

Der untersuchende Finger glitt bequem in einem mit lockerem, grossmaschigem Bindegewebe angefüllten

Raume zwischen der Blase und der vorderen Beckenwand und gelangte seitwärts an der Blase vorbei nach hinten hin bis zum vorderen Rande der Incisura ischiadica maior, seitlich vom Rectum, woselbst er in einer Art senkrechter Rinne aufgehalten wurde. Liess man den explorierenden Finger auf der anderen Seite denselben Weg beschreiben, so hatte man einen Raum durchlaufen, der also nicht allein prävesical, sondern auch zum grössten Teile perivesical gelegen ist und der sich nach hinten hin bis zu beiden Seiten des Mastdarmes erstreckt.

Es ergiebt sich daher bei der Betrachtung eines durch das ganze Becken in Höhe des oberen Symphysenrandes gelegten Horizontalschnittes, dass dieser perivesicale Raum ganz genau der Form eines lateinischen U entspricht. Die beiden Seitenschenkel vereinigen sich vor der Harnblase und fassen sämtliche Organe des kleinen Beckens zwischen sich, nur die hintere Hälfte des Mastdarmes liegt ausserhalb der Peripherie dieses hufeisenförmigen Raumes.

Bemerkenswert ist, dass der untersuchende Finger um so tiefer in das kleine Becken einsinkt, je weiter sich derselbe von der Symphyse entfernt; es folgt daher aus dieser Thatsache, dass der perivesicale Raum um so tiefer wird, je näher er dem Rectum kommt, und dass er am tiefsten am Mastdarm selbst ist.

Welche Grenzen schliessen diesen perivesicalen Raum ein? Die Beantwortung dieser Frage erfordert zunächst eine etwas eingehendere Betrachtung der — wenn ich mich so ausdrücken darf — Portio praevesicalis des in Frage stehenden Raumes. Dieser prävesical gelegene Abschnitt ist nach aussen hin abgeschlossen durch die Symphyse und die beiden Schambeine, weiter aufwärts bis zu den Plicae semilunares Douglasii hin durch die Fascia transversalis, bekanntlich die Rückwand des oben erwähnten retromusculären Raumes. Von den Douglas'schen Falten an bis zum Nabel bildet die vordere Grenze das hintere Scheidenblatt des geraden Bauchmuskels, welches an dieser Stelle ausser der Fascia transversalis noch aus den vereinigten Aponeurosen des M. obliquus internus und M. transversus abdominis besteht.

Der höchst gelegenste Punkt des prävesicalen Abschnittes und damit auch des perivesicalen Raumes wäre demnach der Nabel.

Wie nun die Untersuchungen des französischen Autors Delbet[3]) ergeben haben, erstreckt sich ein dünnes fibröses Blatt von dreieckiger Gestalt vom Nabel abwärts bis zum Blasenscheitel: dasselbe soll die vordere Blasenwand überziehen, um dann mit den Ligamenta pubovesicalia zu verschmelzen. Delbet nennt es die Aponévrose ombilico-vésicale. Dieses Blatt würde mithin die Rückwand des prävesicalen Abschnittes bilden. Doch ist zu bemerken, dass unmittelbar hinter dieser Aponévrose ombilico-vésicale das Peritoneum liegt. Beide Blätter sind innig miteinander verwachsen, und auf diese Weise nimmt das Bauchfell den lebhaftesten Anteil an der Bildung der hinteren Grenzwand. Zu erwähnen wäre noch, dass zwischen jenem eben erwähnten Fascienblatt und dem Peritoneum der obliterierte Urachus und die fibrösen Reste der beiden Arteriae umbilicales vom Blasenscheitel aus zum Nabel emporziehen.

Wie sind die Grenzen der perivesicalen Abschnitte des in Frage stehenden Raumes beschaffen? Zum besseren Verständnis der Auskunft auf diese Frage muss ich auf die anatomischen Verhältnisse der Fascien des Dammes zurückgreifen.

Nach dem Vorgange von Hirtl unterscheidet man am besten an der Beckenfascie, Fascia pelvis oder Fascia hypogastrica nach Gegenbaur, einen parietalen und visceralen Teil, als deren Grenze der in die Fascie eingewebte Arcus tendineus anzusehen ist. Dieser Arcus tendineus ist bekanntlich die Ursprungsstelle des M. levator ani und entspricht etwa einer Verbindungslinie zwischen dem Os pubis nahe der Symphyse und der Spina ossis ischii, welche auf der medialen Fläche des M. obturator internus verläuft. Der parietale Teil der Beckenfascie ist an der Linea innominata fest mit dem Periost verwachsen und erstreckt sich von hier aus bis zum Arcus tendineus nach abwärts, indem er die mediale Fläche des M. obturator internus, nach hinten hin auch den M. piriformis und die vor demselben gelegenen

[3]) Delbet, Des suppurations pelviennes chez la femme.

grösseren Gefässe und Nerven, sowie die vordere Fläche des Kreuzbeins überzieht. Der viscerale Teil der Fascia pelvis bedeckt vom Arcus tendineus an die ganze obere Fläche des Levator ani und setzt sich von demselben auch auf die diesen Muskel perforierenden Beckeneingeweide nach aufwärts fort, indem er sich nach oben hin an der Blase, dem Rectum und der Vagina allmählich verliert. (Brösicke.) Als eine Verdickung des visceralen Teiles der Beckenfascie sind die Ligamenta pubovesicalia s. pubo-prostatica aufzufassen — sehnige Streifen, welche zu beiden Seiten des unteren Symphysenendes entspringen und zur vorderen Fläche der Prostata und der unteren Blasenwand hinziehen.

Dieser eben beschriebene anatomische Verlauf der Beckenfascie ist zugleich die beste Schilderung der Grenzen des perivesicalen Raumes: soweit der letztere innerhalb des kleinen Beckens gelegen ist, wird er also von der Fascia pelvis eingeschlossen, Gleichsam die Decke oder „plafond", wie Drappier sich ausdrückt, des perivesicalen Raumes ist das Peritoneum, welches sich von der Blase aus beiderseits zu der Linea innominata und den Fossae iliacae hinüberschlägt; infolge dieser Thatsache ist daher auch der Vergleich, den der letztgenannte Autor zieht, wohl zu verstehen, wenn er sagt: „sur une coupe frontale, la cavité périvésicale ressemble assez bien à l'entrée d'un tunnel longeant le réservoir urinaire jusqu'au rectum".

Aus der ganzen vorhergehenden Darstellung der anatomischen Verhältnisse der prävesicalen Gegend ergiebt sich also, dass an dieser Stelle der vorderen Bauchwand ein „Cavum" gar nicht existiert, sondern dass sich daselbst nur verschieden stark entwickelte Bindegewebsplatten vorfinden. Die eine dieser bindegewebigen Schichten liegt zwischen dem Muskelbauch des Rectus abdominis und seinem hinteren Scheidenblatt und stellt den sogenannten retromusculären Raum dar. Die zweite, stärker ausgebildete Bindegewebsschicht erstreckt sich unmittelbar vor der Harnblase und ist von dem eben genannten retromusculären Raume nur durch die Fascia transversalis getrennt. Doch nicht allein prävesical ist diese grossmaschige bindegewebige Platte gelegen, sondern auch perivesical, und zwar verläuft sie nach hinten und

unten, längs der Wandung des kleinen Beckens und auf der oberen Fläche des M. levator ani bis zum Mastdarm hin und zieht nach vorn und oben bis zum Nabel empor. Während aber das retromusculäre Bindegewebe nur bis zum oberen Symphysenrande reicht, erstreckt sich das prä- und perivesicale Zellgewebe hinter der Schamfuge weiter abwärts bis zu den Ligamenta pubo-vesicalia hin.

Damit fortan Irrtümer vermieden werden, ist es notwendig, die Bezeichnung „Cavum Retzii" ganz und gar aus dem anatomischen Wortschatze zu streichen. Da aber Retzius trotz alledem das Verdienst hat, zuerst auf jene in klinischer Hinsicht so wichtige Stelle des menschlichen Körpers hingewiesen zu haben, so möchte ich den Vorschlag Vesemann's, zur Erinnerung an den schwedischen Anatomen, jene Gegend der vorderen Bauchwand wenigstens als die Regio praevesicalis Retzii zu bezeichnen, hiermit aufs wärmste befürworten.

Nachdem wir uns im vorhergehenden über die anatomischen Verhältnisse der prävesicalen Gegend orientiert haben, wenden wir uns im folgenden den verschiedenen Erkrankungsformen jener Region zu.

Die traumatischen Affectionen dieser Stelle der Bauchwand bieten an sich wenig Bemerkenswertes dar. Dieselben werden entweder durch Verletzungen mittelst spitzer oder schneidender Instrumente bedingt oder schliessen sich an einen Stoss, Schlag, Fall, an Fracturen der Schambeine oder Beckenfracturen überhaupt, an Zerreissungen der Symphyse bei schweren Geburten etc. an. Die Schwere einer Verletzung der prävesicalen Gegend wird aber stets nach dem Grade der eventuell zu gleicher Zeit mit stattgefundenen Nebenverletzungen zu beurteilen sein: war das Trauma ein derartig intensives, dass eine Läsion des Bauchfelles, eine Blasenruptur oder Darmzerreissung erfolgte, so werden die Folgen dieser Verletzungen ausschliesslich das Feld beherrschen und auch allein massgebend für die Prognose sein. War aber die einwirkende Gewalt auch mehr von untergeordneter Bedeutung, blieb auch die äussere Haut dabei intact, so können trotzdem im Anschluss an das Trauma Affectionen secundärer Natur in dem perivesicalen Bindegewebe sich entwickeln, deren

nähere Betrachtung ich mir bis zum Capitel „Abscesse“ vorbehalte.

Was die Neubildungen anbelangt, so können diese entweder in der prävesicalen Gegend selber entstehen oder auch von der Nachbarschaft aus in dieselbe hineinwachsen. Die letztere Möglichkeit bestätigt ein vor 5 Jahren aus der v. Bardeleben'schen Klinik von Nesemann veröffentlichter Fall, wo ein Fibrosarcom, welches seinen Ursprung wahrscheinlich in der Fascia transversalis hatte, in den oberen Teil der prävesicalen Gegend hineingewuchert war; die Geschwulst konnte mit gutem Erfolge exstirpiert werden. Ebenso können Osteosarcome der Schambeine, Fibrome, Lipome, Sarcome der Bauchdecken die prä- und perivesicale Gegend mit in ihren Bereich ziehen.

Die wichtigste und auch bei weitem häufigste Erkrankungsform der prävesicalen Region sind die Phlegmonen resp. Abscesse: dieselben haben von jeher das meiste klinische Interesse in Anspruch genommen und sind daher auch seit langen Jahren schon unter dem Namen „Abscesse im Cavum Retzii“ von Autoren jeglicher Nationalität in der Litteratur ausführlich beschrieben worden. Gemäss unserer obigen Schilderung der anatomischen Verhältnisse der prävesicalen Gegend ist es von vornherein selbstverständlich, dass Processe phlegmonöser Natur sich sowohl in dem retromusculären, wie prä- und perivesicalen Bindegewebslager abspielen können.

Unter dem Namen Pericystitis fasste man früher alle entzündlichen Affectionen zusammen, deren Sitz die Umgebung der Blase war. Um die Ursache derselben kümmerte man sich wenig oder gar nicht: es dauerte geraume Zeit, bis man endlich diejenigen Formen, welche von der Blase ausgingen, von denen unterschied, die durch ein Übergreifen der Entzündung von benachbarten Organen her entstanden waren. Pauzat trennte zuerst die phlegmonösen Processe der Bauchwand von denjenigen, welche sich im subperitonealen Zellgewebe abspielten, während Guyon als erster idiopathische, d. h. ohne bekannte Veranlassung entstandene und symptomatische d. h. durch Fortpflanzung von der Umgebung her und durch Traumen bedingte Entzündungen des prävesicalen Bindegewebes unterschied. Diese letztere

Einteilung war von wesentlicher Bedeutung; denn jene Fälle, für welche bisher kein Erklärungsgrund gefunden werden konnte, erhielten wenigstens ihre richtige Bezeichnung. Wir sehen daher auch, wie von jetzt ab die Beobachtungen sich mehren und die Fälle sorgsam gesondert wurden.

Doch erst vor 3 Jahren stellte Englisch von Wien aus, infolge seiner eigenen Beobachtungen und nach kritischer Durchsicht der bis dahin vorliegenden Casuistik, eine Einteilung der prävesicalen Phlegmonen resp. Abscesse nach dem ätiologischen Momente auf, welche mir die vollkommenste zu sein scheint. Nach diesem Autor ist die phlegmonöse Entzündung des perivesicalen Bindegewebes — nach der Häufigkeit des Vorkommens gerechnet —

I. eine consecutive, d. h. von benachbarten Organen her fortgeleitete,
II. eine traumatische, nach Einwirkung einer äusseren Gewalt,
III. eine idiopathische, wenn sich keine directe Ursache nachweisen lässt,
IV. eine metastatische.

Die metastatische Form der prävesicalen Phlegmonen, mit der ich mich zunächst beschäftigen will, ist die seltenste und bis jetzt nur beim Typhus beobachtet worden. Englisch will nur 3 Fälle in der Litteratur aufgefunden haben: Gruber, Constantin und Langer. Das Auftreten erfolgte bei Gruber in der 5. Woche, bei Langer in der 3. Woche und bei Constantin während der Abnahme des Typhus. Die primäre Ursache dieser metastatischen Phlegmone suchte Leusser in einer grösseren Zerreisslichkeit der Gefässe, eine Annahme, welche bestätigt wird durch den Nachweis Virchow's und Zenker's, dass bei schweren, langandauernden Leiden — Typhus, Tuberculose, Pyämie — sowohl die Muskelfasern als auch die Gefässwände fettig degenerieren. Ein Blutaustritt und zwar an der hinteren Wand des geraden Bauchmuskels muss also, wie Leusser ganz richtig vermutete, das Primäre sein, während das Eindringen der eitererregenden Mikroorganismen in diesen Locus minoris resistentiae erst das secundäre Moment darstellt. Nach Pauzat kommt diese Hämorrhagie an

der hinteren Rectuswand leicht infolge der Thatsache zu stande, dass das hintere Scheidenblatt dieses Muskels zum grösseren Teile wenigstens nicht dessen hintere Fläche überzieht: die Äste der Art. epigastrica seien daher weniger geschützt und bei den Contractionen des geraden Bauchmuskels auch leichter einer Zerreissung ausgesetzt. Diese Ansicht hat vieles für sich. Es liegt von vornherein auf der Hand, dass bei weitem am häufigsten eine solche Gefässzerreissung durch ein von aussen einwirkendes Trauma bedingt sein wird, zumal, wenn eine derartige Allgemeinerkrankung mit consecutiver Degeneration der Gefässwände, wie oben erwähnt, bei dem betreffenden Individuum besteht. In solchen Fällen kann schon eine weniger brüske Bewegung des Kranken genügen, um ein kleines Gefäss bersten und damit ein Blutextravasat entstehen zu lassen.

Der primäre Bluterguss erfolgt also an der hinteren Fläche des Rectus abdominis; mithin im sogenannten retromusculären Raume. Ich ziehe daraus den Schluss, dass eine jede phlegmonöse Entzündung resp. Abscedierung des prä- und perivesicalen Bindegewebes als erste Etappe eine Affection des retromusculären Raumes haben muss, wenigstens in allen Fällen, in denen eine Hämorrhagie stattgefunden hat, und letzteres dürfte meiner wohl Ansicht nach — abgesehen von den Phlegmonen consecutiven Ursprungs — ausser bei der metastatischen Form auch bei der sog. idiopathischen und traumatischen ausnahmslos das primäre Moment der Erkrankung darstellen.

Erfolgt nun eine Ansiedlung der eitererregenden Mikroorganismen in ein stattgehabtes Blutextravasat, bildet sich also ein Abscess, so muss sich letzterer zunächst auf den retromusculären Raum beschränken; jedoch ist klar, dass jederzeit ein solcher Abscess in den perivesicalen Raum durchbrechen kann. Von Wichtigkeit ist daher die Frage: Bildet die Fascia transversalis d. h. die fibröse Scheidewand zwischen dem retromusculären und perivesicalen Raume eine genügende Barrière gegen das Vordringen des phlegmonösen Processes? Bei sehr acut verlaufender Entzündung dürfte dies wohl kaum der Fall sein, und in der grossen Mehrzahl der Fälle sehen wir auch beide Räume in eine einzige Abscesshöhle verwandelt; doch darf nicht über-

sehen werden, dass das eben erwähnte Fascienblatt auch die Fähigkeit besitzt, sich entzündlich zu verdicken, zumal bei langsam voranschreitender Phlegmone der retromusculären Bindegewebsschicht, und auf diese Weise einen hinreichend starken Schutzwall zu bilden.

Tritt eine solche entzündliche Verdickung der Fascia transversalis ein, so kann der phlegmonöse Process auch auf die Grenzen des retromusculären Raumes beschränkt bleiben, und wir haben dann in einem solchen Falle, meiner Ansicht nach, vollkommen das Recht, von einem selbständigen retromusculären Abscess zu sprechen. Derselben Meinung scheint auch Drappier zu sein; er äussert sich darüber ungefähr folgendermassen: Im retromusculären Raume entwickeln sich häufig bei den „fièvres éruptives", vor allem beim Typhus die sogenannten Abscesse der Rectusscheide, auch Phlegmonen des geraden Bauchmuskels genannt. Man könnte zu der Annahme geneigt sein, der Eiter dieser Abscesse müsse mit Vorliebe in den perivesicalen Raum durchbrechen, da die dünne Scheidewand der Fascia transversalis nur geringen Widerstand zu bieten im stande sei. Dem ist aber nicht so, im Gegenteil, der Eiter bahnt sich mit Vorzug einen Weg zur äusseren Haut hin und zwar am häufigsten durch die fibröse Linea alba hindurch. — Immerhin beruft sich aber Drappier schliesslich auf die Meinung Charpy's, dass die Rectusabscesse vielleicht doch öfter, als man denke, in den perivesicalen Raum durchbrächen.

Infolge der anatomischen Thatsache, dass die Linea alba den retromusculären Raum in eine rechte und linke Hälfte teilt, ist es erklärlich, dass die Abscesse „einseitig" bleiben, so lange die Linea alba nicht durchbrochen ist; findet letztere statt, so kann der bis dahin an einer Seite der Linea alba gelegene Tumor ein von der letzteren „beiderseitiger" werden.

Nach dem Vorhergehenden unterliegt es also keinem Zweifel, dass die metastatische Form der prävesicalen Abscesse ihren ursprünglichen Sitz im retromusculären Raume hat; mithin, streng genommen, nichts mit den Abscessen des sogenannten Cavum Retzii zu thun hat, so lange wenigstens als kein Durchbruch in das perivesicale Bindegewebe erfolgt ist.

Unstreitig die häufigste Form der prävesicalen

Phlegmonen ist die consecutive, welche durch ein Übergreifen entzündlicher Processe von benachbarten Organen her entsteht. Das perivesicale Bindegewebe ist nur ein Teil des sogen. Beckenzellgewebes, mit welchem es durch das subperitoneale Zellgewebe in Verbindung steht. Es ist also schon von vornherein einleuchtend, dass von sämtlichen Organen aus, welche vom Beckenzellgewebe umgeben sind, entzündliche Affectionen auch auf die perivesicale Bindegewebsschicht übergehen können.

In erster Linie kommt natürlich die Blase inbetracht, die ja selber die Rückwand des in Frage stehenden Raumes bildet. Die ursprüngliche Blasenaffection kann, wie Englisch bemerkt, eine acute und chronische Entzündung der Schleimhaut, der Muskelschicht, des verbindenden Zellgewebes sein, auch in Divertikeln der Blase ihren Sitz haben; ferner kann Geschwürsbildung, Gangrän infolge von Druck eines Blasensteines zur Bildung eines perivesicalen Abscesses Anlass geben. Als weitere Ausgangspunkte müssen alle Erkrankungen der Urethra und der Prostata, weiterhin der Samenblasen, Samenleiter, der Hoden und Nebenhoden angesehen werden, beim Weibe Affectionen des Uterus, der Ovarien etc. Von besonderer Wichtigkeit scheint die Erkrankung des Zellgewebes des kleinen Beckens zu sein, wie sie oft im Anschluss an ein Puerperium auftritt, weniger des grossen Beckens sowie des Mastdarmes und der Bauchwand.

Wie Roser hervorhebt, kann auch eine vereiterte Urachuscyste die Ursache eines prävesicalen Abscesses werden. Dies ist anatomisch sehr wohl möglich und der genannte Autor glaubt sogar, dass vielleicht von den Fällen, welche als Abscesse des Cavum Retzii beschrieben worden sind, der eine oder andere zu den Urachuscysten gehört hat.

Nesemann erwähnt, dass in der französischen Litteratur 2 Fälle von prävesicaler Phlegmone nach vorangegangener Gonorrhoe mitgeteilt sind. Cristol, welcher den einen Fall anführt, zweifelt nicht daran, dass die Gonorrhoe solche prävesicalen Abscesse hervorrufen könne und ist der Ansicht, dass die Entzündung von der Urethra aus auf den Hoden, von da vermittelst des Samenstranges zu den Samenbläschen fortschreite, darauf das Peritoneum (!) und schliesslich auch das perivesicale Zellge-

webe ergreife! Leusser giebt der fortschreitenden gonorrhoischen Entzündung zwar denselben Weg, doch geht nach seiner Vorstellung die Affection von den Samenbläschen durch Vermittelung des pelvirectalen Zellgewebes direct auf das perivesicale Bindegewebe über.

Der Zusammenhang zwischen Gonorrhoe und perivesicaler Phlegmone erscheint, wie Nesemann ausführt, viel natürlicher, wenn man die Ätiologie der Cystitis berücksichtige. Bekanntlich würden sehr viele Cystitiden durch Gonorrhoe hervorgerufen, zumal, wenn Bougies, wie auch in Cristol's Fall, angewendet werden. So schliesse sich denn an eine gonorrhoische Urethritis eine gonorrhoische Cystitis direct an, welche mit Abscedierung, gewöhnlich der vorderen Wand, endigen und so auch das perivesicale Bindegewebe mit ergreifen könne. Wie häufig gerade prävesicale Abscesse nach vorangegangener Cystitis aufträten, sei aus der Litteratur ersichtlich. Diese Erklärung des genannten Autors ist meiner Ansicht nach die einzig richtige.

Ich selber hatte Gelegenheit einen Fall von consecutivem prävesicalen Abscess auf der v. Bardeleben'schen Klinik zu beobachten:

Pat. war eine 43jährige Frau, die angeblich einige Zeit vorher verschiedentlich katheterisirt worden war und die mit einer bereits vollständig entwickelten prävesicalen Abscessgeschwulst eingeliefert wurde. Beschwerden von seiten der Blase waren anfangs nur in geringem Grade vorhanden.

Der Abscess wurde eröffnet und es ergab sich schon bei der Operation eine Perforation der vorderen unteren Blasenwand. Der Fall kam zur Section und es fand sich, dass diese Perforation die Folge ausgebreiteter ulceröser Processe der Blasenschleimhaut war. Dieselben waren tuberculöser Natur und hatten ihren Ausgangspunkt in einer beiderseitigen Pyelonephritis tuberculosa. Während die linke Niere sich bereits als vollständig atrophisch und cystisch entartet erwies, war die rechte Niere stark vergrössert und reichlich von Abscessen durchsetzt, das Nierenbecken war in eine ulceröse Höhle verwandelt. Überdies fand sich auch die Schleimhaut des rechten Ureters mit einer schmutzig-gelben käsigen Masse bedeckt und seine Wandung stark infiltriert. —

Ich glaube auf Grund dieses selber beobachteten Falles nicht fehlzugehen, wenn ich behaupte, dass Erkrankungen des gesamten Urogenital-Apparates zur Bildung eines prävesicalen Abscesses Anlass geben können.

Die Diagnose auf consecutive Phlegmone des pericystischen Zellgewebes wird oft, trotz ihrer scheinbaren Leichtigkeit, schwierig zu stellen sein. Die oben angeführten ursächlichen Erkrankungen rufen nämlich häufig nur ganz geringe Symptome hervor, infolgedessen sie selber übersehen werden und in einem solchen Falle liegt dann eine Verwechselung mit der sog. idiopathischen Form sehr nahe.

In der Reihe der Häufigkeit folgt der consecutiven die traumatische Phlegmone des perivesicalen Bindegewebes. Diese Form braucht nicht immer allein die Folge einer von aussen einwirkenden Gewalt zu sein, sondern sie kann auch bedingt werden durch chirurgische Eingriffe, und zwar kommen hier vornehmlich die Laparotomie, der hohe Steinschnitt und der Blasenstich bei Harnverhaltung in betracht. In unserer jetzigen Zeitepoche, in der die Antisepsis und Asepsis fast auf der Spitze ihrer Vollendung stehen, sollte aber nunmehr eine phlegmonöse Entzündung des perivesicalen Zellgewebes nach einer der eben genannten Operationen zu den längst überwundenen Möglichkeiten gehören; wurde vollkommen aseptisch resp. antiseptisch vorgegangen, waren die notwendigen Vorsichtsmassregeln alle getroffen, so muss die gesetzte Wunde reactionslos verheilen.

Anders liegt die Sache, wenn die prävesicale Gegend von einer starken Gewalteinwirkung betroffen wird, einerlei, ob die Verletzung eine penetrierende ist oder nicht. War das Trauma derartig intensiv, dass eine der bereits oben erwähnten schweren inneren Läsionen erfolgte, so tritt wohl in den meisten Fällen der Tod des betreffenden Individuums schon in kurzer Zeit ein: ist die Schwere der Verletzung aber eine weniger beträchtliche, so sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen, auf welche Bouilly zuerst hinwies. Von grösster Wichtigkeit für die Prognose wird es nämlich sein, ob die Verletzung mit einem Austritt von Urin oder Blut in das perivesicale Bindegewebe compliciert ist.

Ein Urinerguss in das pericystitische Zellgewebe -- mag derselbe nun durch eine Blasenläsion infolge eines Traumas oder einer chirurgischen Operation entstanden sein — gefährdet stets in höherem Maasse das Leben des Individuums als ein Blutextravasat in dieselbe Gegend. Der Verlauf eines Urinaustrittes wird immer ein wesentlich anderer, d. h. schnellerer ad malam partem sein als der einer Blutung in das erwähnte Bindegewebe. Wird dem stagnierenden Urin kein Abfluss verschafft, so lässt eine faulige Zersetzung desselben mit ihren verderblichen Folgen nicht lange auf sich warten; dagegen kann ein Hämatom in der perivesicalen Gegend längere Zeit hindurch bestehen, ohne eine reactive Entzündung mit nachfolgender Abscedierung hervorzurufen.

Diesen Umstand muss man sich bei der Diagnose eines prävesicalen Abscesses traumatischen Ursprunges stets vergegenwärtigen, denn eine Verwechselung mit der sog. idiopathischen Form liegt auch in einem solchen Falle sehr nahe. Bei der Geringfügigkeit der Erscheinungen, welche die Einwirkung der äusseren Schädlichkeit anfangs hervorrufen kann, ist es fernerhin erklärlich, dass ebenfalls in all' den Fällen eine idiopathische Affection angenommen wird, in denen eine chronische, latente Entzündung nach lange vorhergegangenen Traumen infolge besonderer Umstände plötzlich in ein acutes Stadium event. in Abscessbildung übergeht. Eine genaue Anamnese thut daher, wie Englisch richtig bemerkt, hier vor allen Dingen not.

Es bleibt mir noch übrig die sogenannte idiopathische Form der perivesicalen Phlegmonen zu besprechen. Die von Guyon herstammende Einteilung der perivesicalen Bindegewebsentzündungen in consecutive und idiopathische oder spontane war noch bis vor kurzem für alle Autoren massgebend, welche Abscesse im sog. Cavum Retzii beschrieben, und während dieselben auch mit vollem Recht zu den consecutiven Phlegmonen die von benachbarten Organen ausgehenden rechneten, stellten sie in die Kategorie der idiopathischen Entzündungen alle diejenigen Fälle, für welche keine bestimmte Ursache aufzufinden war. Dies war entschieden falsch und so konnte es auch nicht ausbleiben, dass hinsichtlich des ätiologischen Momentes der sog. idio-

pathischen Abscesse vielfach sehr irrige Ansichten herrschten. So erwähnt Nesemann, dass diese idiopathischen Phlegmonen „in vielen Fällen plötzlich bei vorher ganz gesunden Individuen auftraten, bei denen absolut keine Ursache zu finden war; in anderen zahlreicheren Fällen bestand eine schwere Allgemeinerkrankung, wie Fieber, Typhus, Phthisis; endlich konnte man in einigen Fällen ein stattgehabtes Trauma als Ursache der prävesicalen Phlegmone ansehen."

Nach Martin ist die idiopathische Phlegmone die häufigste Form der prävesicalen Abscesse: dieselbe komme vornehmlich im jugendlichen Alter vor und betreffe fast nur das männliche Geschlecht. Über die Ätiologie äussert sich der genannte Autor wie folgt: un traumatisme, une chute ou un effort musculaire considérable semblent jouer un certain rôle dans l'étiologie; mais un point sur lequel Bernutz, Guyon, Arnould ont insisté, c'est la relation fréquente qui existe entre les phlegmons de la cavité de Retzius et les troubles de la digestion, coliques alternatives de constipation et de diarrhée, dyssenterie, fièvre typhoide etc.

Wie man also sieht, wurden die verschiedenartigsten Momente zur Erklärung der Ätiologie der idiopathischen Form herangezogen. Wesentliche Aufklärung brachte hier erst die Einteilung von Englisch, der die vier verschiedenen Formen der prävesicalen Abscesse, welche ich auch meinen Ausführungen zu grunde gelegt habe, unterschied und eine jede derselben in ätiologischer Hinsicht genau präcisierte: bezüglich der idiopathischen Form spricht der genannte Autor seine Meinung dahin aus, dass eine genauere Beobachtung dieser Fälle nach der Art, Zeit und Zahl des Auftretens der Erkrankung eine Infection mit der grössten Sicherheit annehmen liesse. Derselben Ansicht scheint auch der bereits erwähnte Martin zu sein: er beobachtete einen Fall von sog. idiopathischem prävesicalen Abscess, dem vorher „petites éruptions passagères au niveau des fesses et des parties genitales" voraufgegangen waren und er meint, dass diese „eruptions aient pu être la porte d'entrée des microbes qui ont produit l'infection". Einen Beweis vermag der genannte Autor allerdings nicht zu geben; doch bedauert er, dass in seinem Falle „l'examen bac-

tériologique du pus n'ait pas été pratiqué comme dans le cas signalé par Reclus au cinquième Congrès français de chirurgie, où, chez une femme de 40 ans, un foyer de rupture du grand droit de l'abdomen est entré en suppuration consécutivement à un érysipèle de la face et dans lequel on a trouvé, dans le pus, des streptocoques provenant de l'érysipèle!" Mit den letzten Worten spielt Martin zugleich auf Thatsachen an, deren näheres Studium der Forschung der Zukunft ein würdiges Feld zur Arbeit darbietet.

Der eben erwähnten Ansicht von Englisch und Martin, dass die sog. idiopathische Form der prävesicalen Phlegmonen auf einer Infection beruhe, möchte ich beistimmen. Der Gedanke, dass eine Invasion von Mikroorganismen eine Phlegmone des perivesicalen Bindegewebes hervorrufen könne, liegt ja nahe, zumal eine Eingangspforte auch schon durch den geringsten oberflächlichen Defect der Haut leicht hergestellt ist. Doch warum siedeln sich in einem solchen Falle die specifischen Mikroorganismen gerade im pericystitischen Zellgewebe an und woher stammt ferner die, eine solche Ansiedlung doch notwendigerweise bedingende, „minor resistentia" dieses Gewebes? Wahrscheinlich ist auch in allen diesen Fällen von idiopathischer Phlegmone eine Hämorrhagie an der hinteren Wand des geraden Bauchmuskels das erste ursächliche Moment zur Erkrankung — eine Annahme, welche schon von früheren Autoren allerdings nur vermutet wurde. Doch mag eine Antwort auf diese Fragen die Zukunft geben, meinerseits genügt es, dieselben angeregt zu haben.

Wenn wir jetzt noch kurz die Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen Formen der prävesicalen Abscesse in betracht ziehen, so ergiebt sich zunächst, dass die sog. metastatischen Fälle, wie ich auch schon oben erwähnt habe, unstreitig die seltensten sind. Den ersten Platz auf der Frequenzscala nimmt die consecutive Form ein, während die Abscesse traumatischen Ursprungs an zweiter Stelle kommen. Ob die sog. idiopathischen Phlegmone so häufig ist, wie sehr viele Autoren annehmen, wage ich gemäss meiner obigen Ausführungen zu bezweifeln. Wenn sich auch sehr oft keine directe Ursache für einen solchen Fall auffinden

lässt und dann eine idiopathische Form angenommen wird, so mag dies an einer mangelhaften Anamnese liegen oder aber an der Unvollkommenheit unserer Untersuchungsmethoden: nimmermehr ist aber die Annahme einer idiopathischen Phlegmone gerechtfertigt, wenn der Fall in keine der drei anderen Kategorien eingereiht werden kann. Allerdings muss zugegeben werden, dass manches Mal aus Gründen, die ich bereits bei der Besprechung der einzelnen Formen erwähnt habe, eine Verwechselung mit der traumatischen und consecutiven Phlegmone sehr nahe liegt.

Was die Symptome der prävesicalen Abscesse anbelangt, so unterscheidet man das Stadium der Allgemeinerscheinungen und das Stadium der sichtbar werdenden Geschwulst.

Von den Allgemeinerscheinungen treten zunächst die Schmerzen in den Vordergrund, die entweder ganz plötzlich mit grosser Intensität einsetzen oder allmählich ansteigen können. Der Sitz derselben ist natürlich vor allem die Unterbauchgegend. Das Abdomen ist meist stark gespannt und kann so druckempfindlich sein, dass selbst die Berührung der Decke nicht ertragen wird. Um die Bauchmuskeln zu entspannen, liegen die Kranken gewöhnlich mit angezogenen Oberschenkeln gekrümmt da und bewegen sich möglichst wenig. Zuweilen ist es denselben auch, wenn sie sitzen oder liegen, unmöglich, sich selber aufzurichten. Constante Begleiter der Schmerzen sind Fieber, oft mit einem Schüttelfrost beginnend, Appetitlosigkeit, Obstipation, Übelkeit, häufig auch Erbrechen und am Ende dieses ersten Stadiums mehr oder weniger erhebliche Blasenbeschwerden, die sich in schmerzhaftem Harndrang, Harnträufeln und in seltenen Fällen in vollständiger Harnverhaltung äussern können.

Das zweite Stadium der Erkrankung setzt, in der Regel zwischen dem 4. bis 10. Tage, mit dem Sichtbarwerden der Abscessgeschwulst ein. Über der Symphyse erscheint innerhalb einer mehr oder weniger stark infiltrierten geröteten Partie der Bauchdecken ein Tumor, der nur die Grösse einer Kastanie haben kann, andernfalls aber oft auch bis zum Nabel emporreicht. Beschwerden von

Seiten der Blase sind in diesem Stadium eigentümlicher Weise oft nicht vorhanden oder meist nur von untergeordneter Bedeutung; ganz selten besteht eine Urinverhaltung. Heftigerer Natur sind gewöhnlich die Fiebererscheinungen: Die Temperatur kann bis zu 40° ansteigen. Druckschmerz bei gleichzeitiger Empfindlichkeit der Symphyse ergiebt sich in den meisten Fällen; sogar die Bewegung der Oberschenkel in den Hüftgelenken kann schmerzhaft sein.

Hinsichtlich der Diagnose eines prävesicalen Abscesses könnte man zunächst versucht sein anzunehmen, es müsse sich ein sog. retromusculärer Abscess sehr wohl von einem direct prävesicalen unterscheiden lassen. Dies ist nur unter gewissen Umständen vielleicht möglich; in sehr vielen Fällen wird es schon grosse Schwierigkeiten machen überhaupt einen prävesicalen Abscess zu diagnosticieren. Die Bauchdecken können stark infiltriert, sehr straff gespannt oder fettreich sein, alles Momente, welche das Zustandekommen einer prominierenden Abscessgeschwulst mit ihren charakteristischen Symptomen verhindern. Fallen diese eben genannten Umstände aber fort, so wird die Diagnose eines prävesicalen Abscesses meist leicht zu stellen sein, ja, es wird sich auch ein retromusculärer Abscess in diesen Fällen sehr wohl erkennen lassen. Da nämlich, wie ich oben auseinandergelegt habe, der retromusculäre Raum durch die fibröse Linea alba in eine rechte und linke Hälfte geteilt wird, so liegt auf der Hand, dass, solange diese Scheidewand nicht durchbrochen ist, die Geschwulst rechts oder links von der Mittellinie liegen muss.

Wie aber schon Nesemann richtig bemerkt, ist es im Grunde genommen ziemlich zwecklos, eine strenge Unterscheidung zwischen einem retromusculären und einem unmittelbar prävesicalen Abscess zu machen; gelingt es, mit Sicherheit einen prävesicalen Abscess überhaupt zu diagnosticieren, so ist dem Kranken damit am besten geholfen. „Alle diese Unterschiede", so fährt der eben erwähnte Autor fort, „bezüglich der ovoiden Form, der höckerigen Beschaffenheit der Geschwulst etc. sind kaum haltbar. Sind die Bauchdecken sehr straff und fettreich, so wird es, zumal bei der bestehenden,

allseitig anerkannten Infiltration der Bauchmuskeln, kaum möglich sein, sich über die Beschaffenheit des Tumors so genau zu orientieren. Man fühlt wohl einen gut abgrenzbaren, vielleicht auch etwas fluctuierenden Tumor: ob derselbe aber wirklich mit der Symphyse nach unten hin aufhört oder sich hinter diese fortsetzt, das von den Bauchdecken aus fühlen zu können, erscheint doch etwas fraglich. Die Vaginal- und Rectaluntersuchung dagegen können wohl zur Unterscheidung mit beitragen. Da die prävesicale Phlegmone natürlich tiefer liegt als die retromusculäre, so wird sie von der Vagina und vom Rectum aus eher zu fühlen sein als die höher liegende retromusculäre, zumal, wenn die entzündliche Infiltration bereits das pelvirectale Bindegewebe ergriffen und die Beckenorgane fixiert hat."

Die Diagnose einer prävesicalen Phlegmone wird also in der Regel keine Schwierigkeiten machen, sobald einmal die Abscessgeschwulst mit all' ihren charakteristischen Attributen vorhanden ist; doch wird dieselbe kaum mit Sicherheit im ersten Stadium, in welchem die Allgemeinerscheinungen vorherrschen, zu stellen sein. Wenn man jedoch die in Frage stehende Erkrankung überhaupt kennt, wird man auch stets daran denken müssen, sobald die Patienten über Leibschmerzen klagen, Fieber besteht und bei der Palpation der Unterleib über der Symphyse sich schmerzhaft erweist. Nahe liegt es, in einem solchen Falle zuerst an eine Peritonitis zu denken: doch wies schon Bernutz vor langen Jahren auf den mehr circumscripten Schmerz, den weniger schweren Allgemeinzustand, das weniger heftige Erbrechen bei den Phlegmonen des perivesicalen Bindegewebes hin. Die Annahme einer Perityphlitis wird durch die Untersuchung leicht auszuschliessen sein, ebenso auch in den meisten Fällen eine Enteritis und Enteralgie.

Im zweiten Stadium, in dem die Geschwulst sichtbar wird und die Blasenbeschwerden in den Vordergrund treten können, wird man zunächst an die mit Urin prall gefüllte Blase und an eine Erkrankung derselben denken; entleert sich aber durch den eingeführten Katheter Urin in normaler Menge und von klarer Farbe, ohne dass die Geschwulst verschwindet, so wird man einen Abscess vermuten müssen. Ausserordentlich schwierig wird die

Diagnose in jenen ganz vereinzelten Fällen sein, in denen ein Blasendivertikel mit einem Blasenstein oder eine Neubildung der Blase das Eindringen des Katheters in die letztere verhindert und auf diese Weise eine Entleerung derselben unmöglich macht.

Ausser einer gefüllten Harnblase wird man aber auch eine Neubildung, ja sogar eine Schwangerschaft inbetracht ziehen müssen und nach den bezüglichen Symptomen sein Urteil fällen. Die Untersuchung per vaginam und per rectum ist von grosser Wichtigkeit und kann manchen Zweifel aufklären. Leusser und Nesemann wollen in zweifelhaften Fällen stets eine Probepunction ausgeführt wissen, bevor zur Operation geschritten wird. Denn dass diagnostische Irrtümer sehr leicht möglich und auch oft genug vorgekommen sind, beweist nach diesen beiden Autoren unter vielen anderen der Fall von Bouilly. Man diagnosticierte einen prävesicalen Abscess und machte eine grosse Incision. An Stelle des erwarteten Eiters kam aber in der Incisionswunde der Kopf eines 4 monatlichen Fötus zum Vorschein! Die Frau ging zugrunde, es hatte sich um eine Abdominalschwangerschaft gehandelt.

Martin weist noch auf eine Affection hin, die von Heurtaux[4]) unter dem Namen „Phlegmon sous-ombilical" beschrieben worden sei und die man nicht mit einem prävesicalen Abscess verwechseln dürfe. Der sich bildende Tumor solle unmittelbar unter dem Nabel liegen, mit seiner Basis nach oben und der Convexität nach der Symphyse hin. Meiner Ansicht nach hat es sich in dem von Heurtaux beobachteten Falle um eine vereiterte Urachuscyste gehandelt, eine Affection, welche nach Roser, wie ich schon oben erwähnt habe, gar nicht so sehr selten ist und die auch häufig zu einem prävesicalen Abscess Anlass geben kann.

Der bei weitem häufigste Ausgang der prä- und perivesicalen Phlegmonen ist natürlich die Eiterung: wir sprechen dann eben von einem prävesicalen Abscess. Wie Nesemann erwähnt, sind von Cristol angeblich 3 Fälle in der französischen Litteratur gesammelt worden, in denen die Allgemeinerscheinungen geschwunden und

[4]) Heurtaux, Bulletin de la Societé de chirurgie 1877, t. III, nouvelle série, p. 641.

ein indolenter Tumor zurückgeblieben sei: letzteres fasse Cristol als eine Induration und als ein Übergangsstadium zur Resorption auf. Ich bin mit Nesemann derselben Meinung, dass, wenn überhaupt ein solcher Ausgang in Induration und Resorption vorkommt, derselbe doch als äusserst selten gar nicht inbetracht zu ziehen ist. Übrigens glaubt aber auch Martin, dass der Ausgang in Resorption vielleicht häufiger sei, als man denke, denn eine grosse Anzahl prävesicaler Phlegmonen würden nicht veröffentlicht oder auch nicht erkannt und daher stehe auch noch kein genügendes statistisches Material zur Verfügung. Beweisgründe führt aber der genannte Autor nicht an, sondern er verschanzt sich nur hinter den Worten: c'est du moins l'avis de nôtre maître, le professeur Guyon.

In der erdrückend grossen Mehrzahl der perivesicalen Phlegmonen erfolgt also die Bildung eines Abscesses. Wird dem Eiter, der übrigens nach einigen Autoren gewöhnlich eine schmutzig graue oder chocoladenartige Farbe und einen äusserst fötiden Geruch haben soll, nicht auf operativem Wege Abfluss verschafft, so erfolgt der Durchbruch nach einer Stelle hin. Cristol (bei Nesemann) erwähnt, dass von 56 eitrigen prävesicalen Phlegmonen 20 eröffnet wurden, 10 in die Bauchhöhle perforierten und tötliche Peritonitis zur Folge hatten, 10 nach der vorderen Bauchwand zur Perforation gelangten; von diesen letzten 10 brachen 7, indem sie dem obliterierten Urachus folgten dicht am Nabel durch: dem Punkte also, der nach der obigen anatomischen Beschreibung der prävesicalen Gegend, ausser der Linea alba, dem Vordringen des phlegmonösen Processes den geringsten Widerstand entgegengesetzt.

Englisch beobachtete unter 23 Fällen 3mal den Durchbruch in den Bauchfellsack, während Wenzel Gruber 2 Fälle sah, die beide mit tötlicher Perforativperitonitis endeten.

Von wesentlicher Bedeutung für den Abscessverlauf wird es sein, ob nur das prävesical gelegene Bindegewebe oder das ganze pericystische Zellgewebe eitrig eingeschmolzen wird. In letzterem Falle muss sich der Abscess längs der Wandung des kleinen Beckens bis zu beiden Seiten des Mastdarmes hin erstrecken, niemals

kann derselbe aber, wie aus den anatomischen Verhältnissen hervorgeht, hinter der Blase oder gar im Cavum ischio-rectale gelegen sein.

Es ist begreiflich, dass der relativ grosse Raum, den das perivesicale Bindegewebe ausfüllt, eine beträchtliche Menge Eiter fassen kann: so hat man nach Drappier Fälle beobachtet, in denen das Peritoneum bis zum Nabel und bis zu den Darmbeinkämmen hin durch die Eiterunterwühlung von seiner Unterlage abgehoben war und die Operation 3000 ccm eitriger Flüssigkeit Abfluss verschaffte.

Wird ein perivesicaler Abscess auf operativem Wege nicht eröffnet, wird er sich also selbst überlassen, so kann derselbe allmählich einen Teil seiner Wandung zerstören; auf diese Weise hat man den Eiter eines derartigen Abscesses in die Peritonealhöhle, in das Rectum, in das Cavum ischio-rectale durchbrechen sehen; ja sogar durch die Incisura ischiadica maior kann er sich einen Weg bahnen und unter der Haut des Oberschenkels in der Trochanterengegend zum Vorschein kommen. Auch durch die Blasenwand hindurch in die Blase hinein kann der Durchbruch erfolgen und der Eiter durch die Harnröhre entleert werden. Dass verhältnismässig selten der Inhalt des Abscesses sich in die Bauchhöhle ergiesst, erklärt sich daraus, dass das Bauchfell, wie die anderen serösen Häute, in hohem Grade die Eigentümlichkeit besitzt, sich durch Bildung von bindegewebigen Membranen entzündlich zu verdicken. Der spontane Durchbruch erfolgt aber bei weitem am häufigsten durch die Linea alba oder den Nabel hindurch nach aussen hin, an Punkten also, an denen, wie ich oben auseinandergesetzt habe, der geringste Widerstand sich findet.

Was endlich die Therapie anbelangt, so ist es selbstverständlich, dass man im ersten Stadium, in welchem die Allgemeinerscheinungen das Feld beherrschen, therapeutisch nur durch Ruhe des Patienten und durch Antiphlogose wird vorgehen können; vielleicht gelingt es dann noch das Infiltrat zur Resorption zu bringen. Rudolph[5]) teilt einen Fall mit, der alle Symptome einer prävesicalen Phlegmone darbot, in welchem es aber ge-

[5]) Rudolph, deutsche Medicinal-Zeitung, 1892, No. 41.

lang durch eine antiphlogistische Therapie die entzündliche Infiltration zum Schwinden zu bringen; allerdings war dazu eine Zeit von mehr als 2 Monaten erforderlich.

Bildet sich im zweiten Stadium ein Abscess mit all' seinen charakteristischen Attributen, so ist die einzige Therapie das Messer des Chirurgen. „Hat sich die Geschwulst", so giebt v. Bardeleben an, „nur etwas erhoben und von den Umgebungen abgegrenzt, so muss man, ohne erst deutliche Fluctuation abzuwarten, in ihrem grössten Durchmesser einen grossen oder mehrere kleine Einschnitte machen, natürlich antiseptisch und ohne das Bauchfell zu verletzen. Dadurch wird nicht allein der Perforation des Bauchfells, sondern auch der Ausbildung schwer heilbarer Sinuositäten vorgebeugt und der Verlauf abgekürzt." Die Nachbehandlung richtet sich nach der seitens der Operateure geübten Methoden. Die Abscesshöhle wird antiseptisch ausgespült, darauf drainiert oder mit Jodoformgaze tamponiert. In immerhin seltenen Fällen wird es notwendig sein, an der tiefsten Stelle der Abscesshöhle eine Gegenincision, sei es in der Vagina oder im Rectum, anzulegen. Die Operation ist wegen der Nähe des Peritoneums keineswegs ungefährlich: doch wird sie in den meisten Fällen von Erfolg gekrönt sein. Die Prognose wird in allen Fällen stets den Complicationen entsprechend gestellt werden müssen.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Obermedicinalrat Prof. Dr. v. Bardeleben für die Empfehlung dieser Arbeit als Dissertation, sowie Herrn Oberstabsarzt Prof. Dr. A. Koehler für die Anregung zu der Arbeit und die freundliche Durchsicht derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

A. von Bardeleben, Lehrbuch der Chirurgie. 8. Ausgabe, Band IV.
Brösicke, Lehrbuch der Anatomie. 2. Auflage.
Nesemann, Zur Casuistik der Erkrankungen der prävesicalen Gegend. 1889.
Englisch, Wiener Medicinische Wochenschrift 1891, No. 42.
Drappier, Thèse de Paris 1893.
Martin, Annales des Maladies des organes génito-urinaires 1893, No. 1.

Thesen.

I.

Die Differentialdiagnose zwischen einem retromusculären und einem prävesicalen Abscess ist nur in Ausnahmefällen mit Sicherheit zu entscheiden.

II.

Das Verfahren der Morphium-Injectionen vor und während der Chloroform-Narkosen ist zu verwerfen.

III.

Es ist wünschenswert, dass das vergleichende Studium der Tierheilkunde für den Mediciner obligatorisch gemacht werde.

Lebenslauf.

Der Verfasser dieser Arbeit, Conrad Gottfried Leibold, evangelischer Confession, Sohn des Metzgereibesitzers Conrad Leibold, wurde am 11. März 1872 zu Cleve im Rheinland geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Königl. Gymnasium seiner Vaterstadt, welches er Ostern 1890 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er bezog darauf die Universität zu Berlin, woselbst er zunächst bei der 1. Kompagnie des III. Garde-Regiments zu Fuss seiner einjährigen Dienstpflicht genügte und darauf medicinischen Studien oblag. Am 24. Februar 1892 bestand er die ärztliche Vorprüfung. Im Sommersemester 1892 wandte er sich nach Heidelberg, im darauffolgenden Wintersemester suchte er die Universität Strassburg auf. Im Sommersemester 1893 wurde er wieder in Berlin immatriculiert und bestand auch daselbst am 20. Februar 1894 das Examen rigorosum.

Während seiner bisherigen Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren:

In Berlin: v. Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Gerhardt, Gusserow, Hartmann (†), Heymann, Jolly, Kundt, Köppen, Krabbe, Leyden, Nagel, Olshausen, Renvers, Schlange, E. Schultze, Schweigger, Sell, Senator, Silex, P. Strassmann, Trautmann, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, J. Wolff.

In Heidelberg: Arnold, Erb, Ernst, Hoffmann, Schmidt, v. Schröder.

In Strassburg: Prof. Fischer, Dr. Fischer, Prof. Freund, Dr. Freund, Jössel (†), Lücke (†), Minkowsky, Naunyn, v. Recklinghausen, Schmiedeberg, Schwalbe.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.